



การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก The Comparison of Quality of Life for the Elderly in Eastern Economic Corridor (EEC)

ธันยนันท์ สมบุญรัตน์โชค¹, วิสันต์ ลมไธสง²

Thunyanan Sombunrattanachoke¹, Wison Lomthaisong²

¹สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20000

²สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกริก กรุงเทพมหานคร 10220

¹Business Administration, Faculty of Business Management, Sripatum University Chonburi Campus, Chonburi 20000 Thailand

²Business Administration, Faculty of Business Management, Krirk University, Bangkok 10220 Thailand

*Corresponding author E-mail: khaimuk.tunyanun@gmail.com : wison_lom@hotmail.com

(Received: June 20 2019.; Revised : August 6 2019.; Accepted : August 20 2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นผู้สูงอายุ (61 ปีขึ้นไป) ใน 3 จังหวัดเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ได้แก่ ชลบุรี ระยองและฉะเชิงเทรา จำนวน 400 ชุด ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแบบ Independent sample t-test และ One -way ANOVA F-test เพื่อทดสอบระดับความต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และ 3 กลุ่ม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หรือที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$) เช่นเดียวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก็อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.54$) ในขณะที่ระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.27$) และ ($\bar{X} = 2.34$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพที่อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.43$) เช่นเดียวกัน ในส่วนผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) จากการศึกษาพบว่า เพศต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่างกัน ในขณะที่อายุต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ในส่วนของระดับการศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา ประเภทที่พักอาศัย อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และที่มาของรายได้ จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพแตกต่างกัน ในขณะที่สุขภาพ จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก



Abstract

This article is aimed to study the level of quality of life and to compare the level of quality of life of the elderly in Eastern Economic Corridor (EEC). The researcher used quantitative research by collecting 400 questionnaires of the elderly opinions (over 61 years old) in 3 provinces in Eastern Economic Corridor (EEC), including Chonburi, Rayong and Chachoengsao and used statistical analysis of the independent sample t-test and one-way ANOVA F-test to test the level of difference in the average of 2 groups and 3 groups at a statistical significance level of 0.05 or 95 percent confidence.

The study indicated that the overall of quality of life of the sample group in the moderate level ($\bar{X} = 2.74$) as well as the quality of life on mind was at a moderate level ($\bar{X} = 2.54$), while the quality of life in social and environmental relationships was at a low level ($\bar{X} = 2.27$) and ($\bar{X} = 2.34$), respectively. The level of quality of life on rights and freedoms at a low level ($\bar{X} = 2.43$). The results of the comparison of the quality of life of the elderly in the Eastern Economic Corridor (EEC) found that different gender had a different levels of quality of life on mind. Different ages, had different levels of quality of life on physical, mind and environment. The level of education, number of children, accommodation type, occupation, average income per month and the source of income had the levels different of quality of life on physical, mind, social relationships, environment and rights and freedoms. Health had a different levels of quality of life on mind and social relationships.

Keywords : Correlation, Quality of life, Elderly, Eastern Economic Corridor



บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกต้องเผชิญกับปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (OECD, 2006) อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2560 พบว่าประชากรสูงอายุทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 900 ล้านคน (United Nations, 2018) โดย 2 ใน 3 ของประชากรสูงอายุทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2005) ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งสำหรับประเทศไทย ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุของไทยอยู่ในระดับมาก จากข้อมูลในอดีตพบว่าในช่วงปี พ.ศ.2548-2553 อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายไทย 68.5 ปี ผู้หญิงไทย 75 ปี และคาดว่า ในปี พ.ศ.2568-2573 จะเพิ่มขึ้นถึง 73.6 ปี ในผู้ชาย และ 79.1 ปี ในผู้หญิง (United Nations, 2005) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ดังนั้นการตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะส่งผลให้ภาครัฐกำหนดมาตรการเตรียมการรองรับให้การดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น ซึ่งในปัจจุบันการเตรียมความพร้อม สังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้ถูกกำหนดเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ชัดเจน (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553) ซึ่งจะต้องมีการรับรู้ถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนและดำเนินการบนฐานของการลงทุนและใช้จ่ายอย่างคุ้มค่าจากภาครัฐ (Dijksterhuis, 2011) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายให้กับภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศุดม และคณะ (2550) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคประจำตัว

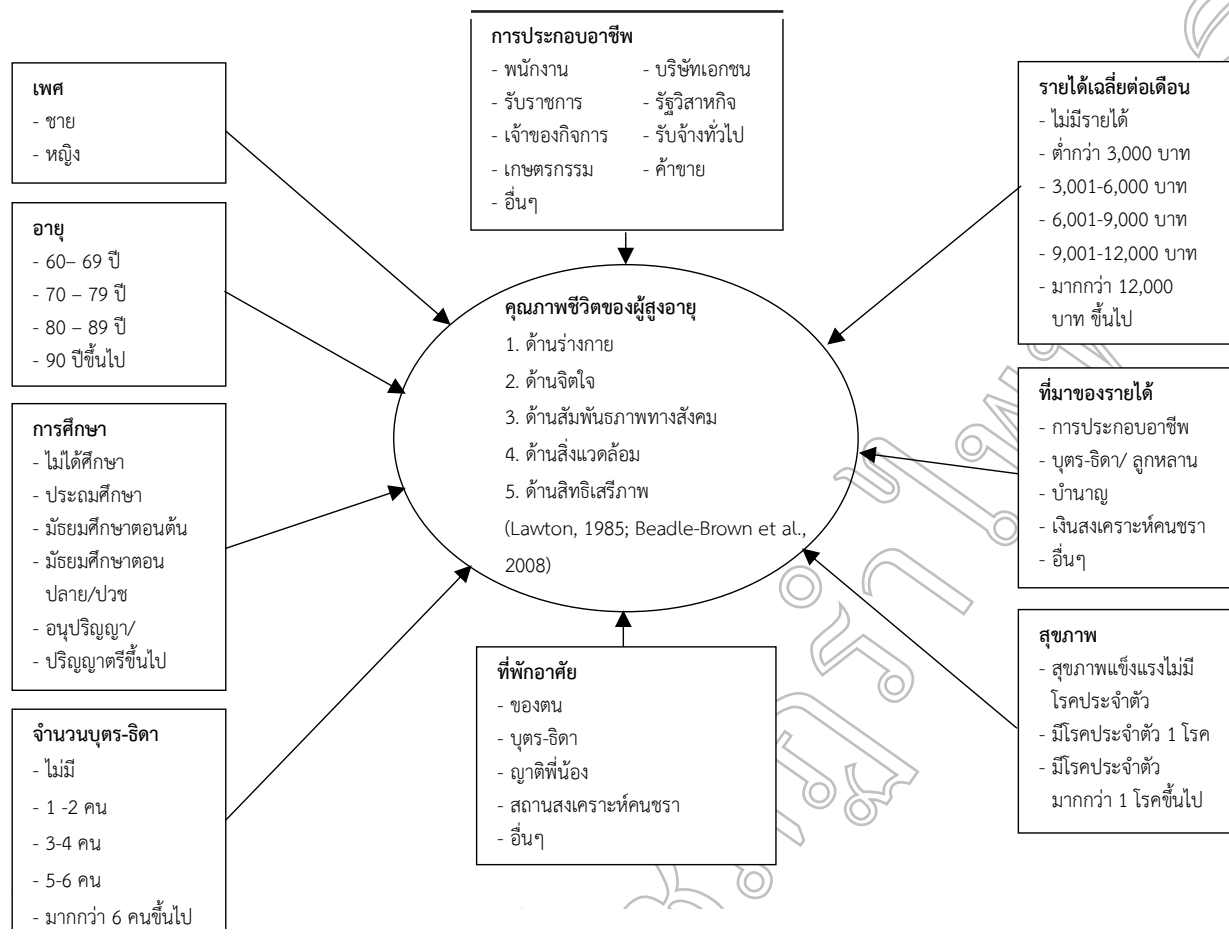
3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน โดยร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีโรคเรื้อรังหลายโรค ในขณะที่ อุทัย สุดสุข และคณะ (2552) พบว่าระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นแนวโน้มที่จะมีสุขภาพแย่ลง สอดคล้องกับน้ำฝน กองอินทร์, ชลธิชา เรือนคำ และโรชนี อุปรา (2552) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพ การคมนาคม บทบาทและสัมพันธภาพ และปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ และปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม ด้านระดับการศึกษาการที่ระดับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันได้ ซึ่งพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัด ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ก็เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับปัญหาด้านผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและหาแนวทางไปสู่การแก้ปัญหา ผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของคนสูงอายุในด้านต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา การประกอบอาชีพ ที่พักอาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้และสุขภาพ เพื่อค้นหาแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC)
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC)



กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก 3 จังหวัด โดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความครอบคลุมของเนื้อหา (Structural Content) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยใช้การวิเคราะห์ IOC (Item-Objective Congruence Index) ซึ่งเกณฑ์ประเมินจะต้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.60 ขึ้นไป และใช้การวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสูงกว่า 0.70 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปใช้จริงในการเก็บข้อมูลภาคสนามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ (61 ปีขึ้นไป) ใน 3 จังหวัดในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ได้แก่ ชลบุรี ระยองและฉะเชิงเทรา จำนวน

400 ชุด จากประชากรทั้งหมด 401,263 คน ซึ่งใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1967) และใช้เทคนิคการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านในในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) เท่านั้น จากนั้นใช้การเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบโควตา (Quota sampling) แบ่งตามจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัด และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience Sampling) ในการลงพื้นที่จริงเพื่อเก็บข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติ Independent sample t-test สำหรับคุณลักษณะของประชากรที่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม และ One - way ANOVA F-test สำหรับคุณลักษณะของประชากรที่แบ่งออกเป็นตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หรือที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากการเก็บแบบสอบถาม และนำไปสู่การสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆ ในขั้นตอนสุดท้ายต่อไป



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.8 อายุระหว่าง 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.5 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีบุตร-ธิดา 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 พักอาศัยในบ้านของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 57.8 ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 56 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,001-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.8 และมากกว่า 12,000 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.3 โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 59.5 และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 55.3

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงค่าเฉลี่ยระดับของคุณภาพชีวิต ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49	แทนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49	แทนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ น้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49	แทนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49	แทนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มาก
ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00	แทนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่า

1. ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$) โดยที่บุคคลที่ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การดำรงชีวิตต้องอาศัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดี และผู้สูงอายุยอมรับว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ในขณะเดียวกันปัญหาด้านสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้วยเช่นกัน

2. ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.54$) โดยที่บุคคลที่ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การดำรงชีวิตต้องอาศัยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี และผู้สูงอายุยอมรับว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ในขณะเดียวกันปัญหาด้านสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจด้วยเช่นกัน

3. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.27$) โดยที่บุคคลที่ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุมากที่สุด และผู้สูงอายุยอมรับว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในขณะเดียวกันปัญหาด้านสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในขณะเดียวกันความช่วยเหลือต่างๆ จากหน่วยงานภาครัฐมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมด้วยเช่นกัน

4. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.34$) โดยที่บุคคลที่ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต รองลงมา ได้แก่ ผู้สูงอายุยอมรับว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม มากกว่านั้น ปัญหาด้านสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ยังความช่วยเหลือต่างๆ จากหน่วยงานภาครัฐมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมด้วยเช่นกัน

5. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.43$) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามมาด้วย บุคคลที่ดูแลสามารถช่วยให้ท่านมีคุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพได้ ในขณะที่ปัญหาด้านสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพอยู่ในระดับน้อย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต	t / F	P-value
เพศ	ด้านร่างกาย	1.349	0.178
	ด้านจิตใจ	-2.963	0.003*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.76	0.448
	ด้านสิ่งแวดล้อม	1.211	0.226
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	0.046	0.963
อายุ	ด้านร่างกาย	3.118	0.045*
	ด้านจิตใจ	5.761	0.003*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.129	0.879
	ด้านสิ่งแวดล้อม	5.828	0.003*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	1.659	0.192
ระดับการศึกษา	ด้านร่างกาย	25.885	0.000*
	ด้านจิตใจ	21.934	0.000*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	23.168	0.000*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	28.235	0.000*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	34.326	0.000*
จำนวนบุตร-ธิดา	ด้านร่างกาย	20.159	0.000*
	ด้านจิตใจ	6.031	0.001*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.343	0.000*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	3.477	0.016*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	6.919	0.000*
ประเภทที่พักอาศัย	ด้านร่างกาย	14.439	0.000*
	ด้านจิตใจ	15.376	0.000*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.418	0.000*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	12.336	0.000*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	9.817	0.000*
อาชีพ	ด้านร่างกาย	18.668	0.000*
	ด้านจิตใจ	25.242	0.000*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	25.015	0.000*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	55.637	0.000*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	34.326	0.000*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ด้านร่างกาย	13.440	0.000*
	ด้านจิตใจ	20.833	0.000*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	14.539	0.000*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	35.756	0.000*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	20.575	0.000*



ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต	t / F	P-value
ที่มาของรายได้แตกต่างกัน	ด้านร่างกาย	19.996	0.000*
	ด้านจิตใจ	27.414	0.000*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	24.901	0.000*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	25.435	0.000*
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	33.326	0.000*
สุขภาพ	ด้านร่างกาย	2.143	0.119
	ด้านจิตใจ	3.823	0.023*
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.950	0.020*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	0.615	0.541
	ด้านสิทธิเสรีภาพ	0.046	0.955

จากผลการทดสอบสมมติฐานในตารางที่ 1 สามารถสรุปได้ว่า

1. เพศแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างกัน
2. อายุแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน
3. ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน
4. จำนวนบุตร-ธิดาแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน
5. ประเภทที่พักอาศัยแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน
6. ประเภทที่พักอาศัยแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน
7. อาชีพแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน
9. ที่มาของรายได้แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพ แตกต่างกัน

10. สุขภาพแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผลกวิจัย

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา ประเภทที่พักอาศัย เคยประกอบอาชีพหรือกำลังประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้ และสุขภาพ ล้วนแต่มีระดับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของมยุรี พงษ์นาค (2555) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ค่อยมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีความเชื่อทางไสยศาสตร์มากกว่า เช่นเดียวกับ วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ (2555) ที่กล่าวว่า ภาวะทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อความสุขของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ (2552) ที่กล่าวไว้ว่า การระมัดระวัง ภาวะอารมณ์ได้ก็จะมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับสุทธิชัย จิตะพันธุ์ และคณะ (2543) พบว่า ปัญหาในด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายนั้นสืบเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจนกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่างๆ คือ โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาใน



เขตเมืองมากกว่าเขตชนบทโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลั่นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร ซึ่งนับได้ว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิทิลักษณ์ จันทรธสมบัติน (2552) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การระมัดระวังภาวะอารมณ์ เช่น หงุดหงิด อุนเฉียว น้อยใจ ทำให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยถ้าทำ สอดคล้องกับ Layard (2005) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกในเชิงบวก หรือการมีภาวะทางอารมณ์ที่ดี จะทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

2. ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา ประเภทที่พักอาศัย เคยประกอบอาชีพหรือกำลังประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้และสุขภาพ ล้วนแต่มีระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเยี่ยมเยียนจากบุตร จะทำให้รู้สึกสบายใจ เกิดความสุขทางใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้พบปะติดต่อกับบุตร เป็นลักษณะของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวอย่างหนึ่ง และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง เช่นเดียวกับ บังอร ธรรมศิริ (2549) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางด้านจิตใจและสังคม ต้องการความรัก การเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอจากครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป ดังนั้นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุควรเน้นการสร้างการเข้าใจให้ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในความดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสูงวัย จะทำให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งความสุขของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

3. ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) พบว่า อยู่ในระดับน้อย ปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา ประเภทที่พักอาศัย เคยประกอบอาชีพหรือกำลังประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้ และสุขภาพ ล้วนแต่มีระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรักษพล สนิทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ (2554) ที่พบว่า การปฏิบัติภารกิจทางสังคมและศาสนา มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ มีการทำกิจกรรมมากก็จะมีความสุขมาก เช่นเดียวกับ Markides and Martin (1979) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีความซึมเศร้า น้อยหรือมีภาวะทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ มนพัทธ อารัมภะโรจน์ และคณะ (2554) ที่ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุข เช่นเดียวกับ วิทิลักษณ์ จันทรธสมบัติน (2552) ที่กล่าวว่า การทำกิจกรรมทางสังคม เป็นการช่วยพัฒนาส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นการออกกำลังกายซึ่งภาวะสุขภาพกายดี ย่อมทำให้จิตใจดี สอดคล้องกับงานวิจัยของชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการเน้นหนักในเรื่องการทำจิตใจให้สงบมากกว่าเรื่องอื่นๆ และให้ความสำคัญกับการลดละความโลภ โกรธ หลง และกิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่เป็นด้านศาสนา เช่น สวดมนต์ หรือทำบุญ ทั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ปฏิบัติตามคำสอนทางพระพุทธศาสนา ยึดหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต รวมถึงการพูดคุยกันหรือปรับทุกข์กัน การร่วมกิจกรรมกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน จะช่วยให้ภาวะสุขภาพจิตใจดี มีความสุข โดยถ้าเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่ได้ทำสิ่งต่างๆ ได้ตามศักยภาพ สอดคล้องกับ Jett (2008) ที่อธิบายว่า บุคคลจะอยู่ในสังคม เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทในสังคมมากขึ้น

4. ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) พบว่า อยู่ในระดับน้อย ซึ่งปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา ประเภทที่พักอาศัย เคยประกอบอาชีพหรือกำลังประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้ และสุขภาพ ล้วนแต่มีระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความต้องการประกอบอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ เพื่อไม่ต้องพึ่งพิงจากลูกหลาน สามารถใช้จ่ายในเรื่องต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้จากการศึกษาในเรื่องสภาพสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุยังคงวิตกกังวลในเรื่องอุบัติเหตุจากสภาพแวดล้อมในบ้าน ดังนั้นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุควรเน้นการจัดกลุ่มอาชีพโดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพ เช่น อาชีพหลัก และ/หรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องพึ่งพาหรือเบียดเบียนจากบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ



พจนาน ศิริเจริญ (2544) ที่พบว่า ควรให้ความสำคัญในการจัดหารายได้กับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ควรเน้นให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุแบ่งเวลา หรือใช้เวลาว่างในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ให้ปลอดภัย เช่นเดียวกับความเห็นของ บังอร ธรรมศิริ (2549) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นการดูแลสิ่งแวดล้อมในที่พักและรอบๆ ให้ดีและมีความปลอดภัยในการใช้ชีวิตจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ลงได้

5. ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) พบว่า อยู่ในระดับน้อย ซึ่งปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา ประเภทที่พักอาศัย เคยประกอบอาชีพหรือกำลังประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้ และสุขภาพ ล้วนแต่มีระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและมีภาวะหลงลืมร่วมด้วย ในบางครั้ง ทำให้ลูกหลานและผู้เลี้ยงดูมีความกังวลเกี่ยวกับการออกนอกบ้านและการทำกิจกรรมทางสังคม มันจึงเปรียบเสมือนเป็นการตรึงและจำกัดสิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุในทางอ้อม ซึ่ง สุนทรี พัวเวส (2553) กล่าวว่า องค์การสหประชาชาติได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุมีอิสระภาพในการพึ่งตนเองและพึงมีสิทธิที่จะได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะสร้างรายได้ มีส่วนร่วมในการกำหนดการเกษียณอายุ การฝึกอบรมและโครงการด้านการศึกษา อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และสามารถที่จะปรับให้เข้ากับ ความพึงพอใจส่วนบุคคลและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป มากกว่านั้น ยังมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีความมั่นคงปลอดภัยปราศจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ ตลอดจนการปฏิบัติอย่างทารุณ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และผู้สูงอายุพึงได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัย เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ภูมิหลัง ศาสนา ความพิการ ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสถานภาพอื่นใด สอดคล้องกับ Beadle-Brown et al. (2008) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล ในขณะที่ Schalock and Verdugo (2002) กล่าวว่า ปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิตพิจารณาจาก 8 ปัจจัย คือ สภาพอารมณ์ที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพความเป็นอยู่ที่ดี การพัฒนาตนเอง สภาพทางร่างกายที่ดี การตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม และสิทธิตามกฎหมาย ซึ่งการตัดสินใจด้วยตนเองและสิทธิตามกฎหมายเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) มีระดับคุณภาพชีวิตใน 3 ด้านน้อยในระดับน้อย ได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อม และระดับคุณภาพชีวิตทางด้านสิทธิเสรีภาพของ ดังนั้น หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชนต่างๆ ควรที่จะให้ความสำคัญและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมของสังคมในการทำกิจกรรมต่างๆ และพบปะในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ กิจกรรมรดน้ำขอพรผู้สูงอายุ เนื่องในวันปีใหม่ของไทย และกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ทางศาสนาเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกโดดเดี่ยว จะได้มีเพื่อนพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน ไปพบปะญาติหรือญาติญาติให้มาหาที่บ้าน มีการพูดคุย สื่อสาร และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนบ้านและเครือญาติ รวมถึงการเดินทางไปรับอากาศบริสุทธิ์ในสถานที่พักผ่อนต่างๆ ได้เอง ซึ่งจะเป็นการสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง และควรสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังความเชื่อในความสามารถตนเองด้วย

2. คุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อม ควรมีการให้ความสำคัญและปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้มากขึ้น ควรมีการรณรงค์ให้มีการจัดสวนหย่อม หรือปลูกต้นไม้ เพื่อสร้างความร่มรื่นให้แก่คนในชุมชนได้มีไว้พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นการสร้างความสุขให้กับคนในชุมชนในเวลาว่างจากการทำงาน ทั้งนี้ในจุดประสงค์ระยะยาว คือ เป็นการสร้างสุขภาพที่ดีที่หาซื้อไม่ได้ แต่จะทำได้เมื่อบุคคลหลายๆ ฝ่ายหันมาช่วยกันส่งเสริมสุขภาพที่ดีจากการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีไว้ในชุมชนของตนเอง

3. คุณภาพชีวิตทางด้านสิทธิเสรีภาพ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีสิทธิเสรีภาพทั้งด้านความคิดและร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกทางสังคมและใช้สิทธิของตนในการมีส่วนร่วม กับชุมชนในการบริหารจัดการในชุมชนทั้ง 3 จังหวัดในเขต EEC ได้แก่ ชลบุรี ระยองและฉะเชิงเทรา ควรจัดให้มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในด้านต่างๆ เกี่ยวกับชุมชนอย่างเสรีและเปิดเผย แสดงผู้สูงอายุให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของตนต่อสังคมและชุมชน พร้อมทั้งนำแนวทางและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้สูงอายุไปพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่มีประโยชน์ต่อชุมชนไปปฏิบัติต่อไป



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือประชาชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ในด้านอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตตามสิทธิของประชาชนกับการรับบริการของหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐหรือเอกชน ไม่ว่าจะเป็นบริการด้านสาธารณสุข บริการด้านข้อมูลข่าวสารหรือบริการด้านที่เกี่ยวข้องกับราชการ เป็นต้น รวมไปถึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษอื่นๆ ในประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนหรือแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชากรในแต่ละพื้นที่ตามบริบททางสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพสังคมเศรษฐกิจ และนำผลการวิจัยที่ได้ไปทำการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชากร ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. (2543). **สูงวัยไม่สูญค่า**. กรุงเทพฯ: สมิตพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำฝน กองอรินทร์, ชลธิชา เรือนคำ และโรชินี อุปรา. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่วัยกลางขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
- บังอร ธรรมศิริ. (2549). **ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ**. ปทุมธานี: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ. (2550). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก**. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
- พจนา ศรีเจริญ. (2544). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- มนพัทธ์ อารัมภะวิโรจน์ และคณะ. (2554). การปรับตัวและการสนับสนุนด้านสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี. *Srinagarind Medical Journal*. 26(3), 161 - 256.
- มยุรี พงษ์นาถ. (2555). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน. มหาวิทยาลัยรามคาแหง.
- รักษพล สนธิยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2554). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน**. *วารสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยมหิดล*, 6(2), 55-63.
- วิทธิลักษณ์ จันทรธนะสมบัติ. (2552). **ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา สาธารณสุข 40 บางแค**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. (2553). **การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิราภรณ์ โพธิศิริ, ปัทมพร สุนธมาน และวิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2555). **สถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. *วารสารประชากรศาสตร์*, 28(1), 1-29.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์ และคณะ (2543). **ภาพลักษณ์ของประชากรผู้สูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี พัวเวส. (2553). **พลังผู้สูงอายุ สร้างสังคมไทยรู้รักสามัคคี**. *สารรักผู้สูงวัย*, 2(6), 4-5.
- อุทัย สดสุข และคณะ. (2552). **โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย.
- Beadle B. J., Murphy, G., and Diterlizzi, M. (2008). Quality of Life for the Camberwell Cohort. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24. 380-390.
- Dijksterhuis, A., Nordgren, L. F., and Bos, M. W. (2011). The best of both worlds: Integrating conscious and unconscious thought best solves complex decisions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 509-511.
- Jett, S. C. (2008). Possible Jomon/Valdivia connections with West Mexico and Southern California. *Pre-Columbiana: A journal of long distance contacts*, 4(2), 37-38.



- Lawton, M. (1985). **Alcohol in breastmilk.** *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 25, 71-3.
- Layard, R. (2005). Happiness: Lessons from a new science. *Journal of Foreign Affairs*, 84, 122-130.
- Markides, K. and Martin H.W. (1979). A Causal Model of Life Satisfaction among the Elderly. *Journal of Gerontology*, 34(1), 86-93.
- OECD. (2006). **Assessing scientific, reading and mathematical literacy: a framework for PISA 2006.** (Online). Available: [http://lst-iiep.iiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=epidoc1.in\]/?t2000=023400/\(100\)](http://lst-iiep.iiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=epidoc1.in]/?t2000=023400/(100))
- Schalock, R. L., and Verdugo, M. A. (2002). **Quality of life for human service practitioners.** Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- United Nations. (2005). **Report on world social situation finds much of world trapped in Inequality predicament.** (Online). Available: <https://www.un.org/press/en/2005/soc4681.doc.htm>
- _____. (2018). **World Population Ageing.** (Online). Available: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
- WHO. (2005). **The World Health Report 2005 - make every mother and child count.** (Online). Available: <https://www.who.int/whr/2005/en/>
- Yamane, T. (1967). **Statistics: An Introductory Analysis.** New York: Harper and Row.